

Por Favor uso letra de molde

CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA TEFAP

FIRMA

Certifico con mi firma que:

- Mi engreso bruto mensual y el de mi familia son iguales o menos que el limite que ha sido aprobado por el DHFS y el gobierno federal para participacion en este programa y por el numero de personas que viven en mi hogar como esta indicado en esta forma.
- Usare la mercancia que ha recibido del gobierno federal para mi hogar solamente.
- Yo descargo de cualquiera obligacion a cuya personas, agencia, del estado de Wisconsin, asi como el USDA/FNS del gobierno federal por los resultados en recibir esta comida.
- Yo entiendo que al hacer una certificacion falsa para obtener esta mercancia puedo ser sujeto a reembolsar al gobierno estatal por el valor de la mercancia o por recibir mercancia impropriamente. Entiendo que puedo ser sujeto a persecucion criminal bajo las leys estatales y federales.
- Reglas para aceptar y participar en este programa son las mismas para todos sin cosideracion ninguna por ser de otra raza, color, religion, origen nacional, edad, sexo, o incapacidad.
- Acomodamiento razonables pueden ser solicitados para participar en este programa.

Ingreso Maximo Para Recibir Mercancia De TEFAP

Personas en la Familia	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$ 1,384	\$ 16,613
2	\$ 1,869	\$ 22,422
3	\$ 2,353	\$ 28,231
4	\$ 2,837	\$ 34,040
5	\$ 3,321	\$ 39,849
6	\$ 3,805	\$ 45,658
7	\$ 4,290	\$ 51,467
8	\$ 4,775	\$ 57,276
9	\$ 5,260	\$ 63,085
10	\$ 5,745	\$ 68,894

Para cada persona adicional en familias que tiene mas de 10 persons agregue \$485.00 por mes o \$5,809 anualmente.

	FECHA	FIRMA del cliente	Personas en la Familia		Necesita otro tipo de ayuda?		Otra Informacion dado al cliente
			Adultos	Personas de menor edad	Si	No	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Name - Pantry

Address - Pantry

Date Form Filled Out